



Questionario de Salud de Healthy Connections

Este cuestionario le pregunta que opina Usted de su salud.

- **Favor de completar un Cuestionario de Salud para cada persona, de 5 años de edad o mayor, que está aplicando para beneficios de Medicaid.** (Oprime aquí para más copias si las necesitas).
- Padres o tutores deben de completar el cuestionario para niños menores de 14 años de edad. Cuando complete un cuestionario por un niño, favor de proveer el **nombre, fecha de nacimiento y numero de seguro social del niño.**
- Personas mayores de 14 años deben de completar su propio cuestionario.

Instrucciones: Favor de marcar sus respuestas con un lápiz #2 o pluma negra, marcando el círculo apropiado totalmente.

Ejemplo: Si No

Su nombre (Favor de escribir, a mano, su nombre completo en el espacio blanco):

Su Fecha de Nacimiento

(Favor de escribir en letra de molde cuidadosamente, el mes, día y año de su nacimiento en los cuadritos blancos mm/dd/aa):

--	--	--	--	--	--

Favor de escribir su **Numero de Seguro Social** abajo. Luego, cuidadosamente llena el círculo apropiado para cada dígito.

			-			-			
<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0		<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0		<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1		<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1		<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1
<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 2		<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 2		<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 2
<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3		<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3		<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3
<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 4		<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 4		<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 4
<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 5		<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 5		<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 5
<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 6		<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 6		<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 6
<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 7		<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 7		<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 7
<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 8		<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 8		<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 8
<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 9		<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 9		<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 9

1. ¿En general, como calificaría su salud durante las últimas 4 semanas?

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> Excelente | <input type="radio"/> Regular |
| <input type="radio"/> Muy buena | <input type="radio"/> Mala |
| <input type="radio"/> Buena | <input type="radio"/> Muy mala |

2. ¿Durante las últimas 4 semanas, cuánto le limitaron sus problemas de salud con sus actividades usuales (como caminar, o subir escaleras)?

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Nada, en absoluto | <input type="radio"/> Mucho |
| <input type="radio"/> Muy poco | <input type="radio"/> No pude hacer actividades físicas |
| <input type="radio"/> Algo | |

3. ¿Durante las últimas 4 semanas, cuanta dificultad tuvo con las siguientes actividades debido a su salud física?

- | | | | | |
|--|--------------------------------------|---------------------------|-------------------------|-----------------|
| | No pude hacer este tipo de actividad | Tuve algunas limitaciones | Tuve pocas limitaciones | No fui limitado |
|--|--------------------------------------|---------------------------|-------------------------|-----------------|

a. ¿Hacer cosas que requieren energía como andar en bicicleta o patinar?

- | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|

b. ¿Agacharse o levantar algo?

- | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|

4. ¿Durante las últimas 4 semanas, cuanto le limitaron sus problemas personales o emocionales de hacer sus labores diarias, como ir a la escuela u otras actividades usuales?

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Nada, en absoluto | <input type="radio"/> Mucho |
| <input type="radio"/> Muy poco | <input type="radio"/> No pude hacer actividades diarias |
| <input type="radio"/> Algo | |

Favor de continuar en la siguiente pagina

<p>5. ¿Cuanto pesa (en libras)?</p> <p>(Anota su peso, en libras, en las 3 cajitas; luego llena cuidadosamente los círculos apropiados. Si pesa menos de cien libras, llena las dos cajitas del lado derecho.)</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33px; height: 33px; text-align: center;"> </td> <td style="width: 33px; height: 33px; text-align: center;"> </td> <td style="width: 33px; height: 33px; text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 0</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 0</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 0</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 1</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 3</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 3</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 3</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 4</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 4</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 5</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 5</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 6</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 6</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 6</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 7</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 7</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 7</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 8</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 8</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 9</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 9</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 9</td> </tr> </table>				<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 9	<p>6. ¿Cual es su estatura?</p> <p>(Anota los pies y las pulgadas en las cajitas y luego llena cuidadosamente los círculos apropiados.)</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33px; height: 33px; text-align: center;"> </td> <td style="width: 33px; height: 33px; text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">pies</td> <td style="text-align: center;">pulgadas</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 3 pies</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 0 pulgadas</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 4 pies</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 1 pulgada</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 5 pies</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 2 pulgadas</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 6 pies</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 3 pulgadas</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 7 pies</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 4 pulgadas</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 5 pulgadas</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 6 pulgadas</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 7 pulgadas</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 8 pulgadas</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 9 pulgadas</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 10 pulgadas</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 11 pulgadas</td> </tr> </table>			pies	pulgadas	<input type="radio"/> 3 pies	<input type="radio"/> 0 pulgadas	<input type="radio"/> 4 pies	<input type="radio"/> 1 pulgada	<input type="radio"/> 5 pies	<input type="radio"/> 2 pulgadas	<input type="radio"/> 6 pies	<input type="radio"/> 3 pulgadas	<input type="radio"/> 7 pies	<input type="radio"/> 4 pulgadas		<input type="radio"/> 5 pulgadas		<input type="radio"/> 6 pulgadas		<input type="radio"/> 7 pulgadas		<input type="radio"/> 8 pulgadas		<input type="radio"/> 9 pulgadas		<input type="radio"/> 10 pulgadas		<input type="radio"/> 11 pulgadas
<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0																																																												
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1																																																												
<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 2																																																												
<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3																																																												
<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 4																																																												
<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 5																																																												
<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 6																																																												
<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 7																																																												
<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 8																																																												
<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 9																																																												
pies	pulgadas																																																													
<input type="radio"/> 3 pies	<input type="radio"/> 0 pulgadas																																																													
<input type="radio"/> 4 pies	<input type="radio"/> 1 pulgada																																																													
<input type="radio"/> 5 pies	<input type="radio"/> 2 pulgadas																																																													
<input type="radio"/> 6 pies	<input type="radio"/> 3 pulgadas																																																													
<input type="radio"/> 7 pies	<input type="radio"/> 4 pulgadas																																																													
	<input type="radio"/> 5 pulgadas																																																													
	<input type="radio"/> 6 pulgadas																																																													
	<input type="radio"/> 7 pulgadas																																																													
	<input type="radio"/> 8 pulgadas																																																													
	<input type="radio"/> 9 pulgadas																																																													
	<input type="radio"/> 10 pulgadas																																																													
	<input type="radio"/> 11 pulgadas																																																													
<p>7. ¿Le interesa bajar de peso? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p>																																																														
<p>8. ¿Fuma? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p>																																																														
<p>9. ¿Usa otros productos de tabaco (pipa, puro, tabaco que se masca)? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p>																																																														
<p>10. ¿Si fuma o usa otros productos de tabaco, quisiera parar? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p>																																																														
<p>11. ¿En alguna ocasión, le ha dicho un doctor que tiene uno de los siguientes problemas crónicos de la salud?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding-left: 20px;">a. ¿Asma o problemas de respiración?</td> <td style="text-align: right;"><input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">b. ¿Diabetes o azúcar alta en la sangre?</td> <td style="text-align: right;"><input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">c. ¿Presión alta?</td> <td style="text-align: right;"><input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">d. ¿Problemas emocionales?</td> <td style="text-align: right;"><input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</td> </tr> </table>		a. ¿Asma o problemas de respiración?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	b. ¿Diabetes o azúcar alta en la sangre?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	c. ¿Presión alta?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	d. ¿Problemas emocionales?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No																																																					
a. ¿Asma o problemas de respiración?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No																																																													
b. ¿Diabetes o azúcar alta en la sangre?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No																																																													
c. ¿Presión alta?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No																																																													
d. ¿Problemas emocionales?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No																																																													
<p>12. ¿Ha estado hospitalizado por causa de un accidente? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p>																																																														
<p>13. ¿Hace cuanto tiempo tuvo un chequeo rutinario por un doctor? Un chequeo rutinario es un examen físico general, no es un examen para una herida, enfermedad o condición específica.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding-left: 20px;"><input type="radio"/> Dentro del ultimo año (hace 1-12 meses)</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;"><input type="radio"/> Dentro de los últimos 2 años (hace 1-2 años)</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;"><input type="radio"/> Dentro de los últimos 5 años (hace 2-5 años)</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;"><input type="radio"/> Hace 5 años o mas</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;"><input type="radio"/> No recuerdo</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;"><input type="radio"/> Nunca</td> </tr> </table>		<input type="radio"/> Dentro del ultimo año (hace 1-12 meses)	<input type="radio"/> Dentro de los últimos 2 años (hace 1-2 años)	<input type="radio"/> Dentro de los últimos 5 años (hace 2-5 años)	<input type="radio"/> Hace 5 años o mas	<input type="radio"/> No recuerdo	<input type="radio"/> Nunca																																																							
<input type="radio"/> Dentro del ultimo año (hace 1-12 meses)																																																														
<input type="radio"/> Dentro de los últimos 2 años (hace 1-2 años)																																																														
<input type="radio"/> Dentro de los últimos 5 años (hace 2-5 años)																																																														
<input type="radio"/> Hace 5 años o mas																																																														
<input type="radio"/> No recuerdo																																																														
<input type="radio"/> Nunca																																																														
<p>14. ¿Tiene un doctor o clínica donde va para el cuidado general de su salud? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p style="padding-left: 20px;">Si tiene, favor de apuntar el nombre y numero de teléfono de su doctor o clínica en el espacio blanco.</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>																																																														
<p>15. ¿Esta embarazada? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se</p>																																																														
<p>16. ¿Si esta embarazada, ya tiene un doctor o clínica para su cuidado prenatal? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No aplico</p>																																																														